

Terapia poznawczo-behawioralna online

WSTĘP

Terapia poznawczo-behawioralna obejmuje wiele form oddziaływań psychoterapeutycznych, u których podstaw leży psychologia poznawcza i teorie uczenia się, a jednym z jej najważniejszych celów jest empiryczna weryfikacja założeń i skuteczności stosowanych technik (Popiel i Pragłowska, 2008). W ostatniej dekadzie przeprowadzono wiele badań, których przedmiotem były interwencje psychoterapeutyczne podejmowane online. Ich rezultaty pokazują, że taka forma oddziaływań jest nie tylko możliwa, ale także skuteczna w odniesieniu do leczenia szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych oraz zapobiegania ich nawrotom (Ruuward i in., 2012).

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z terapią poznawczo-behawioralną prowadzoną online.

CHARAKTERYSTYKA TERAPII ONLINE

E-terapia (ang. *e-therapy*), nazywana również telepsychiatrią (ang. *telepsychiatry*), zakłada użycie komputera (lub innego urządzenia działającego w oparciu o technologie informacyjne i komunikacyjne) w celu zapewnienia, ulepszenia bądź też ułatwienia terapii. Cyberterapia, stanowiąca zazwyczaj uzupełnienie tradycyjnego kontaktu pacjenta z terapeutą, obejmuje oddziaływania podejmowane w Internecie oraz w środowisku wirtualnej rzeczywistości (Wiederhold i Wiederhold, 2006). Terminem odnoszącym się specyficznie do terapii poznawczo-behawioralnej jest interapia (ang. *intherapy*) opracowana przez Alfreda Langa. Zakłada nie tylko kontakt pacjenta z terapeutą za pośrednictwem komputera, ale także jego samodzielną pracę w programie zamieszczonym na specjalnej platformie internetowej (Lange i in., 2003). W niniejszym artykule termin „terapia online” oznacza wszystkie formy terapii poznawczo-behawioralnej, w których pacjent komunikuje się z terapeutą przy pomocy Internetu (ang. *Internet-mediated therapy*).

Warto zaznaczyć (choć nie stanowi to przedmiotu pracy), że istnieją także pakiety samopomocowe dostępne online, które umożliwiają pacjentowi samodzielną naukę technik terapii poznawczo-behawioralnej, bez udziału terapeuty (Beattie i in., 2009). W przypadku depresji są to m.in. Blue Pages – gdzie zamieszczone są informacje o objawach zaburzenia, jego diagnozie i leczeniu, czy MoodGYM – oferujący terapię poznawczo-behawioralną zapobiegania depresji. Badania pokazują, że zarówno terapia poznawczo-behawioralna w takiej formie, jak i psychoedukacja dostępna przez Internet są skuteczne w redukowaniu objawów depresji (Christensen i in., 2004).

Komputery podłączone do Internetu używane są zatem w roli urządzeń umożliwiających samodzielnie korzystanie z programów pozwalających na stosowanie technik poznawczo-behawioralnych oraz narzędzi umożliwiających komunikację pomiędzy pacjentami a terapeutami. Najczęściej interakcja taka przyjmuje postać e-maili, list dyskusyjnych, czatów oraz wideokonferencji. Wymienione formy kontaktu wykorzystywane są na wszystkich etapach e-terapii: nawiązania kontaktu, zbierania wywiadu, stawiania diagnozy, jak również oddziaływań

⁶ Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

psychoterapeutycznych (Brown, 1998). W zależności od ośrodka, w którym prowadzona jest terapia, jak i osoby psychoterapeuty, dopuszczalne jest także przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego podczas rozmowy telefonicznej (Ruuward i in., 2012).

Zasadniczą zaletę terapii online stanowi możliwość kontaktu pacjenta z terapeutą w sytuacjach, kiedy bezpośrednie spotkanie nie jest możliwe. Jest to istotne zwłaszcza w przypadku osób niepełnosprawnych, czy mieszkających daleko od miejsc, w których dostępna jest profesjonalna pomoc. Pacjenci cierpiący na stygmatyzujące zaburzenia (w tym depresję lub zaburzenia lękowe) znacznie chętniej korzystają z Internetu w celu poszukiwania informacji na temat swoich objawów oraz uzyskania porady specjalisty (psychologa, lekarza), niż osoby, których choroby nie są powodem stygmatyzacji, jak zaburzenia psychosomatyczne, czy choroba nowotworowa lub problemy z sercem (Berger i in., 2005). Co więcej, prowadzenie terapii online pozwala nie tylko na objęcie jej zasięgiem większej liczby pacjentów, ale także wymaga nakładu niższych kosztów niż w przypadku terapii tradycyjnej (Botella i in., 2009). Dla pacjentów korzystających z domowych komputerów, taka forma terapii zapewnia większy stopień prywatności niż bezpośrednie wizyty u specjalisty (Topolovec-Vranic i in., 2010). Problemem dla pacjentów jest jednak korzystanie z nie swoich komputerów, w związku z mniejszym poczuciem prywatności, jak i obawą, że ktoś może im przeszkodzić (Beattie i in., 2009).

Częstym problemem związanym ze stosowaniem interwencji online jest wycofywanie się uczestników. Wydaje się jednak, że rezygnacja w trakcie trwania terapii przez Internet, jak i tradycyjnej (spotkania w gabinecie) jest podobna. Holenderskie badania pokazują, że około 71% pacjentów uczestniczących w terapii online kończy ją, natomiast w codziennej praktyce odsetek ten wynosi 60-70% (Ruuward i in., 2012).

WYKORZYSTANIE WIRTUALNEJ RZECZYWISTOŚCI W TERAPII ONLINE

Komputer, jako narzędzie terapeutyczne może być używany w roli urządzenia komunikacyjnego, umożliwiającego i wspomagającego interakcję na odległość, jak również – urządzenia pozwalającego na tworzenie wirtualnych rzeczywistości (Botella i in., 2009). Po raz pierwszy technologie informacyjne i komunikacyjne zastosowane zostały na polu psychologii klinicznej przez Rothbaum i współpracowników (1995) w celu terapii ekspozycyjnej akrofobii już w 1993 roku (Schuemie i in., 2000). Od tego czasu powstało wiele programów działających w wirtualnej rzeczywistości, wykorzystywanych w skutecznym leczeniu różnych zaburzeń psychicznych.

Terapeuci poznawczo-behawioralni prowadzący terapię w formie online, jak i tradycyjnej, coraz częściej włączają w jej proces możliwości dawane przez wirtualną rzeczywistość, w celu jego zoptymalizowania. Programy działające w tym środowisku pozwalają na tworzenie „bezpiecznych światów”, w których pacjent może bez poczucia zagrożenia eksperymentować i doświadczać. Wirtualna rzeczywistość daje pacjentowi pełną kontrolę nad sytuacją – może on wykonywać zadania od najłatwiejszych do najtrudniejszych, nie obawiając się nieomówionych z terapeutą trudności. W ten sposób uzyskuje on pozytywne wzmocnienia, co buduje jego obraz siebie jako osoby skutecznej i kompetentnej. Dodatkową zaletą ćwiczenia umiejętności w środowisku wirtualnym jest dowolność czasu i miejsca, w którym pacjent może to robić. Praca z programami pozwala nie tylko na opanowanie strategii niezbędnych do przezwyciężenia problemów, które dotyczą pacjentów na co dzień, ale także na utrwalanie postępów poczynionych w terapii poprzez

ćwiczenie umiejętności w środowisku wirtualnym. Wirtualna rzeczywistość daje więc pacjentom możliwość rozwijania myślenia operacyjnego oraz pozwala na zwiększenie zdolności postrzegania świata w kategoriach wyobrażenia sobie „co by było, jeżeli...”. Doświadczenia z wirtualnego świata ułatwiają pacjentom restrukturyzację poznawczą, jak i zmianę zachowań w realnym życiu (Botella i in., 2009).

Stosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych na polu psychologii klinicznej posiada wiele zalet oraz przynosi wymierne korzyści. Istnieją jednakże ograniczenia i zagrożenia wynikające z wykorzystywania środowiska wirtualnego w pracy psychoterapeutycznej.

Przed zleceniem ćwiczeń w środowisku wirtualnym terapeuta powinien przedyskutować z pacjentem możliwe skutki uboczne takiej formy wspomagania terapii. Jednym z nich jest „choroba cyberprzestrzeni” (*cybersickness*), czyli zaburzenie przypominające pod względem objawów chorobę lokomocyjną, jednak występujące w trakcie oraz po zakończeniu przebywania w środowisku wirtualnym (LaViola, 2000). Co więcej, każdorazowo terapeuta powinien rozważyć, czy ekspozycja pacjenta w warunkach wirtualnej rzeczywistości, nie przyniesie negatywnych konsekwencji, jak na przykład jeszcze większe uwrażliwienie na pewne bodźce zamiast desensytyzacji. Zwiększoną ostrożność należy zachować w przypadku osób mogących przejawiać problemy z odróżnieniem świata realnego od wirtualnego, cierpiących na zaburzenia psychotyczne, afektywne-dwubiegunowe, czy też uzależnienie od środków psychoaktywnych (Botella i in., 2009). Wykorzystywaniu w terapii programów działających w środowisku wirtualnym mogą sprzeciwiać się zarówno terapeuci, jak i pacjenci niezaznajomieni z najnowszymi technologiami, dlatego ważnym jest, by każda ze stron akceptowała taką formę oddziaływania. Ponadto, terapeuta powinien posiadać odpowiednie kompetencje w zakresie obsługi programów działających w wirtualnej rzeczywistości (Gingerich, 2002).

PRZEBIEG TERAPII ONLINE

Interwencje online wciąż nie zostały jeszcze w pełni włączone do tradycyjnego systemu opieki zdrowotnej, dlatego niezbędne jest wprowadzenie nowych regulacji prawnych, etycznych i zawodowych w tym zakresie (Childress, 2000). Systematycznie kolejne podręczniki i schematy terapii poznawczo-behawioralnych dla różnych zaburzeń psychicznych są adaptowane do warunków pracy w środowisku wirtualnym. Taką formę terapii zastosowano dotychczas w leczeniu m.in. depresji, zaburzeń odżywiania, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, zespołu stresu pourazowego, zespołu lęku uogólnionego oraz fobii społecznej.

Przykładowo, terapia online dla depresji (ang. *Web-CBT for Depression*) rozplanowana jest na 16 sesji obejmujących m.in. trening rozpoznawania objawów, planowanie codziennych czynności, kwestionowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych, pozytywne przeformułowania, trening umiejętności społecznych, jak i zapobieganie nawrotom (Ruuward i in., 2009). Terapia online dla napadów paniki (ang. *Web-CBT for Panic Disorder*) trwa 11 tygodni, w czasie których pracuje się nad rozpoznawaniem objawów, rozwijaniem umiejętności relaksacji, restrukturyzacją poznawczą, zapobieganiem nawrotom, jak również przeprowadza się ekspozycje *in vitro* oraz *in vivo* (Ruuward i in., 2010). Z kolei terapia dla zaburzenia stresu pourazowego obejmuje 10 sesji w przeciągu 5 tygodni – po dwie 45-minutowe sesje w ciągu tygodnia. Leczenie składa się z trzech zasadniczych faz: konfrontacji, restrukturyzacji poznawczej oraz „społecznego dzielenia się” traumatycznym przeżyciem (Knaevelsrud i Maercker, 2007).

Bardzo ważnym elementem w terapii, nie tylko poznawczo-behawioralnej, jest nawiązanie sojuszu terapeutycznego. Część badań w tym zakresie w kontekście poradnictwa psychologicznego pokazuje, że pomiędzy terapią tradycyjną, a tą prowadzoną online, nie istnieją różnice w zawieraniu sojuszu, inne natomiast – że terapia wymagająca bezpośredniego kontaktu pacjenta z terapeutą pozwala na lepsze porozumienie stron (Mallen i in., 2005). W przypadku terapii poznawczo-behawioralnej zaobserwowano, że sojusz terapeutyczny może być także z powodzeniem nawiązany za pośrednictwem Internetu. Co więcej, nie stwierdzono różnic w poziomie porozumienia zawartego online w zależności od modalności komunikacji, osoby pacjenta, czy terapeuty (Cook i Doyle, 2002).

OCZEKIWANIA I DOŚWIADCZENIA PACJENTÓW W ZWIĄZKU Z TERAPIĄ ONLINE

Badanie jakościowe przeprowadzone przez Beattie i współpracowników (2009) pokazuje, jakie oczekiwania i doświadczenia posiadają pacjenci cierpiący na depresję w związku z uczestnictwem w terapii online, w formie równoległej wymiany z terapeutą pisanych treści. W odniesieniu do nawiązywania sojuszu terapeutycznego, osoby biorące udział w badaniu przewidywały, że nie uda im się dobrze porozumieć z terapeutą ze względu na brak osobistej relacji. Uważały, że brak tradycyjnego kontaktu z terapeutą może prowadzić do „dziwnej”, bezosobowej lub mechanicznej interakcji, będzie to jak „mówienie do maszyny”. Wątpiły również, czy terapeuta będzie w stanie udzielić im właściwego wsparcia bez bezpośredniej wiedzy na ich temat, którą łatwiej zdobyć w trakcie tradycyjnych spotkań. Część pacjentów przewidywała ponadto, że przez brak bezpośredniego kontaktu ujawni mniej informacji o sobie, ponieważ nie będzie wiedziała, jak na ich komunikaty, w sposób pozawerbalny reaguje terapeuta. Obawiali się oni również, że padną ofiarą oszustwa ze strony osoby podającej się za terapeutę, a która może nie być specjalistą. Z drugiej strony, badani przyznali, że anonimowość, którą daje Internet, może pozwolić im na „pójście głębiej”, większe ujawnienie się oraz bycie bardziej szczerymi. Co więcej, oczekiwali, że będą czuli się mniej skrępowani w kontakcie przy użyciu komputera niż twarzą w twarz (ang. *face-to-face*).

Po zakończeniu badania okazało się, że niemal wszyscy pacjenci ustanowili dobrą relację online z terapeutą. Pomimo wcześniejszych obaw, nie ocenili oni kontaktu z terapeutą przy użyciu komputera jako „mechanicznego”. Potwierdziły się także oczekiwania badanych, że dzięki braku fizycznej bliskości z terapeutą, byli mniej zawstydzeni, bardziej zrelaksowani i szczerzy. Z czasem relacja stawała się także bardziej głęboka, przez co na końcu terapii pacjenci nie czuli się tak anonimowi, jak na początku. Nie wszyscy jednak ukończyli terapię. Ci, którzy zrezygnowali w większości byli sfrustrowani jakością relacji terapeutycznej online, nie odczuwali bliskości z terapeutą, a samą relację oceniali jako „zimną”. Jednocześnie prezentowali oni silną preferencję wobec ustanowienia bezpośredniej relacji z terapeutą, twarzą w twarz. Część badanych przejawiała także wątpliwości odnośnie zaangażowania terapeuty, obawali się, że mógł on jednocześnie rozmawiać z kilkoma osobami.

Beattie i współpracownicy (2009) oprócz oczekiwań i doświadczeń związanych z nawiązywaniem relacji terapeutycznej, badali również nastawienie i przeżycia pacjentów związane z komunikacją online z terapeutą. Badani pozytywnie nastawieni do terapii poznawczo-behawioralnej prowadzonej za pośrednictwem Internetu czuli się komfortowo podczas porozumiewania się z innymi w takiej formie, jak również potrafili wyrazić siebie w formie pisanej (np. już wcześniej prowadzili pamiętniki). Ponadto oczekiwali, że zapisana wersja sesji umożliwi im

jej przeanalizowanie w dogodnym dla nich czasie. Wiele przewidywań dotyczyło możliwości wyrażenia siebie, jak i zrozumienia odpowiedzi terapeuty drogą online. Część pacjentów uważała, że w porównaniu do mówienia, pisanie pozwoli im lepiej oddać swoje myśli i odczucia, inni natomiast obawiali się, że mogą pominąć ważne kwestie, wyrazić się nieprecyzyjnie, czy zostać źle zrozumianym przez terapeutę w sytuacji, kiedy nie będą spotykać się z nim bezpośrednio.

Po zakończeniu terapii, pacjenci nie poruszający się biegle w Internecie przyznali, że potrzebowali kilku sesji, by móc czuć się komfortowo podczas komunikacji online. Badani, którzy zrezygnowali w trakcie terapii, mieli problemy z właściwym wyrażeniem siebie za pomocą pisania. W większości przypadków porozumiewanie się przez Internet nie stanowiło jednak przeszkody na drodze do efektywnych interakcji. W trakcie początkowych sesji, pacjenci obawiali się, jak to, co napisali zostanie odebrane przez terapeutę. Kwestionowali zdolność terapeuty do zrozumienia ich problemów bez dostępu do wskazówek pozawerbalnych. Woleliby posiadać możliwość wyrażania emocji dodatkowo w inny sposób, nie tylko przy użyciu słów. Badani przyznali również, że możliwość zobaczenia napisanych wypowiedzi pozwoliła im na zrozumienie własnych myśli, emocji i zachowań.

Ważną kwestią związaną z terapią online jest czas przeznaczony na napisanie komunikatu. Pacjenci zaznajomieni z komputerem uważali, że sformułowanie i napisanie wypowiedzi pozwala im na dłuższy namysł niż podczas rozmowy. Dawali sobie także czas na przeczytanie i przeanalizowanie odpowiedzi terapeuty. Co więcej, pisana forma terapii pozwala pacjentowi na swobodne wypowiedzi, nieprzerywane przez terapeutę dodatkowymi pytaniami, jak to często ma miejsce podczas tradycyjnych spotkań. Z drugiej strony, pacjenci dla których Internet był stosunkowo obcym medium, uważali taką formę interakcji za frustrującą oraz ograniczającą. Czuli, że ze względu na to, że nie piszą tak szybko, jak mówią, mają mniej czasu na właściwą komunikację. Część pacjentów niecierpliwiła się także w oczekiwaniu na odpowiedź terapeuty, bądź też martwiła, że nie udało im się przekazać, tego co chcieli. Niektórzy badani zaczęli robić inne rzeczy w Internecie (np. zakupy). Czas przeznaczony na wypowiedź terapeuty określali oni mianem „czasu straconego”, czy też „zawieszenia w limbo” (Beattie, i in., 2009).

Badanie Beattie i współpracowników (2009) pokazało, że terapia poznawczo-behawioralna online prowadzona przez terapeutę jest nie tylko akceptowalna, ale także postrzegana jako pomocna przez określoną grupę pacjentów: tych którzy są zaznajomieni z Internetem, mają swobody dostęp do prywatnego komputera, czują się komfortowo przy zapisywaniu swoich odczuć i przeżyć, korzystają z możliwości ponownego przeczytania i przemyślenia zapisu sesji, odkrywają się bardziej dzięki fizycznej anonimowości w relacji terapeutycznej online, jak i są otwarci na proaktywne wymagania terapii poznawczo-behawioralnej (m.in. odrabianie prac domowych). Część pacjentów może być sceptycznie nastawiona do takiej formy terapii: obawiają się oni braku szczerości, zaangażowania oraz zrozumienia ze strony terapeuty. Nie potrafią oni także w formie pisemnej tak trafnie oddać swoich odczuć, jak podczas tradycyjnej rozmowy. Co więcej, by czuć się komfortowo, potrzebują sygnałów pochodzących z pozawerbalnych kanałów komunikacji. Z drugiej strony zgodnie z wynikami uzyskanymi przez Ruuward i innych (2012), pod względem demograficznym oraz zgłaszanych problemów, pacjenci uczestniczący w terapii online nie różnią się znacząco od osób zgłaszających się po tradycyjną pomoc psychologiczną.

SKUTECZNOŚĆ TERAPII ONLINE

W ciągu ostatnich dwudziestu lat przeprowadzono wiele badań nad zastosowaniem i skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w rzeczywistości wirtualnej. Pierwsze prace dotyczyły mniej poważnych zaburzeń psychicznych (głównie fobii specyficznych), z czasem taka forma terapii obejmować zaczęła także m.in. zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia nastroju (Emmelkamp, 2005).

Ruuward wraz ze współpracownikami (2012) przeprowadzili badanie skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej online (z udziałem terapeuty, w formie asynchronicznego wysyłania wiadomości poprzez specjalną, bezpieczną stronę www) na 1500 osobach cierpiących na depresję, zaburzenie lęku panicznego, stres pourazowy oraz wypalenie zawodowe. Zauważyli oni, że wielkości efektów oraz wskaźnik wyzdowień w terapii online były porównywalne (a nawet trochę lepsze) niż w przypadku poprzednich badań z udziałem grup kontrolnych. Co więcej, były one porównywalne do wyników uzyskiwanych w badaniach nad tradycyjną terapią poznawczo-behawioralną. W wyniku leczenia nastąpiła znaczna redukcja objawów zaburzeń ($d=1.4/1.2$; $P<.001$), około 50% pacjentów przestało odczuwać objawy zaburzeń, a ich satysfakcja z udziału w terapii online była duża.

Wskaźnik skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej online jest stosunkowo wysoki. W przypadku leczenia stresu pourazowego więcej niż 80% pacjentów doświadcza poprawy w zakresie objawów, jak i ogólnego funkcjonowania psychicznego (10 sesji; dwie 45-minutowe sesje w tygodniu) (Lange i in., 2001). Terapia zaburzenia stresu pourazowego przynosi znaczącą poprawę nie tylko objawów samego zaburzenia ($d=.98$), ale także współwystępującej z nim depresji ($d=1.16$), lęku ($d=1.08$) oraz ogólnie rozumianego zdrowia psychicznego ($d=0.77$) (Knaevelsrud i Maercker, 2007). Badanie nad terapią poznawczo-behawioralną online w formie e-maili przesyłanych pomiędzy terapeutą a pacjentami doświadczającymi stresu w związku z pracą wykazało, że osoby z grupy poddanej leczeniu, w porównaniu do osób z grupy kontrolnej, osiągnęły znaczącą poprawę swojego psychicznego stanu zdrowia ($0.001 < p < or = 0.025$) (Ruuward i in., 2007). Lange i współpracownicy (2003) stwierdzili ponadto, że wielkości efektów w przypadku terapii stresu pourazowego online są wyższe, niż te uzyskiwane w badaniach nad tradycyjną formą terapii. Co więcej, porównanie tradycyjnych grup psychoterapeutycznych z grupami z udziałem terapeuty odbywającymi się za pośrednictwem Internetu wskazuje, że druga forma oddziaływania może stanowić wygodniejsze oraz bardziej opłacalne podejście do świadczenia usług osobom cierpiącym na bulimię psychiczną (Bulik i in., 2012). W przypadku leczenia zaburzeń lękowych u młodzieży terapia poznawczo-behawioralna prowadzona online jest tak samo skuteczna, jak jej tradycyjna forma (Donovan i in., 2012).

PODSUMOWANIE

Praca terapeutyczna przy wykorzystaniu technologii informacyjnych i komunikacyjnych ma wiele zalet i jest stopniowo włączana w zastaną teorię i praktykę psychologiczną. Badania pokazują, że nie tylko możliwym jest okazanie wsparcia i zaangażowania przez terapeutę podczas prowadzenia terapii online, ale także, że relacja terapeutyczna zbudowana w takim środowisku jest dla pacjentów satysfakcjonująca (Lange i in., 2001). Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań na grupach kontrolnych (m.in. Ruuward i in. 2012) sugerują ponadto, że terapia poznawczo-behawioralna online może być efektywna w codziennej praktyce psychoterapeutycznej. Koniecznym

wyduje się jednak ciągle poszerzanie wiedzy na temat tego rozwijającego się, jednak wciąż stosunkowo nowego podejścia w leczeniu zaburzeń psychicznych.

BIBLIOGRAFIA

- Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Health Expectations*, 12 (1), 45-59.
- Berger, M., Wagner, T.H., Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science & Medicine*, 61 (8), 1821-1827.
- Botella, C., Garcia-Palacios, A., Baños, R.M., Quero, S. (2009). Cybertherapy: advantages, limitations, and ethical issues. *PsychNology Journal*, 7 (1), 77-100.
- Brown, F.W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Bulik, C., Marcus, M.D., Zerwas, S., Levine, M.D., Hofmeier, S., Trace, S.E., Hamer, R.M., Zimmer, B., Moessner, M. Kordy, H. (2012). CBT4BN versus CBT4F: comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. *Contemporary Clinical Trials*, 33 (5), 1056-1064.
- Childress, C.A. (2000). Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 2, e5.
- Christensen, H., Griffiths, K.M., Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 265-268.
- Cook, J.E., Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face to face therapy: preliminary results. *CyberPsychology and Behaviour*, 5 (2), 95-105.
- Donovan, C.L., Newall, C., Hudson, J.L. (2012). Online cognitive-behaviour is similarly effective to clinic-based CBT for reducing adolescent anxiety. *Evidence Based Mental Health*, 15, 49.
- Emmelkamp, P.M.G. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (6), 336-343.
- Gingerich, W.J. (2002). Oline social work: ethical and practical considerations. W: A.R. Roberts i G.J. (red.), *Social worker's desk reference* (s.81-85). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduced distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7,13.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B., Emmelkamp, M.G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van den Ven, J.P., Schrieken, B., Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 71 (5), 901-909.
- LaViola, J.J. (2000). A discussion of cybersickness in virtual environments. *SigChi Bulletin*, 32 (1), 47-56.
- Mallen, M.J., Vogel, D.L., Rochlen, A.B., Day, S.X. (2005). Online counselling: reviewing the literature from a counselling psychology framework. *Counselling Psychologist*, 33, 819-871.
- Popiel, A., Prąglowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Rothbaum, V. O., Hodges, L. F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. S., North, M. (1995). Virtual-Reality Graded Exposure in the Treatment of Acrophobia - A Case Report. *Behaviour Therapy*, 26 (3), 547-554.
- Ruuward, J., Broeksteg, J., Schrieken, M., Emmelkamp, P., Lange, A. (2010). Web-based therapist-assisted cognitive-behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (4), 387-396.
- Ruuward, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behavioural Therapy*, 38 (4), 206-221.
- Ruuward, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C.V., Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS One*, 7, e:40089.
- Ruuward, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., Schrieken, B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 179-192.
- Schuemie, M.J., Bruynzeel, M., Drost, L., Brinckman, M., De Haan, G., Emmelkamp, P.M.G., van der Mast, C.A.P.G. (2000). Treatment for acrophobia in virtual reality: a pilot study. W: Broeckx, F., Pauwels, L., Schuemie, M.J. (red). *Conference Proceedings Euromedia*, [http://graphics.tudelft.nl/~vrphobia/pilotart.pdf, dostęp: 11.01.2013]
- Topolovec-Vranic, J., Cullen, N., Michalak, A., Ouchterlony, D., Bhalerao, S., Masanic, C., Cusimano, M.D. (2010). Evaluation of an online cognitive behavioural therapy program by patients with traumatic brain injury and depression. *Brain Injury*, 24 (5), 762-772.
- Wiederhold, B.K., Wiederhold, M.D. (2006). The future of Cybertherapy: improved options with advanced technologies. W: G. Rivia, C. Botella, P. Légeron, G. Optale (red.), *Cybertherapy. Internet and virtual reality*

as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience,
[http://www.cybertherapy.info/cybertherapy/14_%20Wiederhold.pdf, dostęp: 11.01.2013]